FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1926 N°

# THÈSE

POUR LE

# DOCTORAT EN MEDECINE

(DIPLOME D'UNIVERSITE)

PAR


## RAMON SANDOVAL

Né le 31 Août 1895, à Mexico


# L'Urétro-Cystoscopie

## au moyen de l'Urétro-Cystoscope d'Heitz-Boyer

## dans les lésions du Col Vésical et de l'Urètre profond

*(Travail du Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis)*

*Président: M. le Professeur LEGUEU.*


PARIS

Imprimerie BARREZ-GRINCOURT

28 et 30, Rue Aumaire

—

1926

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Né le 1868 — Il

# THÈSE

pour le

# DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

par

RAMON SANDOVAL

Né le 31 Août 1870, à Mexico

---

# L'Urétro-Cystoscopie

## dans les Lésions du Col Vésical

## et de l'Urètre prostatique

(Thèse de Service d'Urologie de l'Hôpital Saint-Louis)

---

Président : M. le Professeur LEGUEU

PARIS

Imprimerie DARBEFEUILLE

23 et 25, Rue Auguste

1903

**LE DOYEN..... M. ROGER**

## I. — PROFESSEURS

| | MM. |
|---|---|
| Anatomie | Nicolas. |
| Anatomie médico-chirurgicale | Cunéo. |
| Physiologie | Roger. |
| Physique médicale | Strohl. |
| Chimie organique et chimie générale | Desgrez. |
| Bactériologie | Lemierre. |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale | Brumpt. |
| Pathologie et thérapeutique générales | Marcel Labbé. |
| Pathologie médicale | Sicard. |
| Pathologie chirurgicale | Lecène. |
| Anatomie pathologique | Roussy. |
| Histologie | Prenant. |
| Pharmacologie et matière médicale | Tiffeneau. |
| Thérapeutique | Carnot. |
| Hygiène | Léon Bernard. |
| Médecine légale | Balthazard. |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | Ménétrier. |
| Pathologie expérimentale et comparée | Ratheny. |
| Clinique médicale | Gilbert.<br>Bezançon.<br>Achard.<br>Widal. |
| Hygiène et clinique de la première enfance | Marfan. |
| Clinique des maladies des enfants | Nobécourt. |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | H. Claude. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | Jeanselme. |
| Clinique des maladies du système nerveux | Guillain. |
| Clinique des maladies infectieuses | Teissier. |
| Clinique chirurgicale | Delbet.<br>Hartmann.<br>Lejars.<br>Gosset. |
| Clinique ophtalmologique | Terrien. |
| Clinique urologique | Legueu. |
| Clinique d'accouchements | Couvelaire.<br>Brindeau.<br>Jeannin. |
| Clinique gynécologique | J.-L. Faure. |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie | Ombrédanne. |
| Clinique thérapeutique médicale | Vaquez. |
| Clinique oto-rhino-laryngologique | Sebileau. |
| Clinique thérapeutique chirurgicale | Duval. |
| Clinique propédeutique | Sergent. |
| Professeur sans chaire | Rouvière. |

## II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

| MM. | |
|---|---|
| **Abrami** | Pathologie médicale. |
| **Alglave** | Pathologie chirurgicale. |
| **Aubertin** | Pathologie médicale. |
| **Basset** | Pathologie chirurgicale. |
| **Baudouin** | Pathologie médicale. |
| **Binet** | Physiologie. |
| **Blanchetière** | Chimie biologique. |
| **Branca** | Histologie. |
| **Brulé** | Pathologie médicale. |
| **Cadenat** | Pathologie chirurgicale. |
| **Champy** | Histologie. |
| **Chiray** | Pathologie médicale. |
| **Clerc** | Pathologie médicale. |
| **Debré** | Hygiène. |
| **I. de Jong** | Anatomie pathologique. |
| **Duvoir** | Médecine légale. |
| **Ecalle** | Obstétrique. |
| **Fiessinger** | Pathologie médicale. |
| **Foix** | Pathologie médicale. |
| **Garnier** | Pathologie expérimentale. |
| **Harvier** | Pathologie médicale. |
| **Heitz-Boyer** | Urologie. |

| MM. | |
|---|---|
| **Hovelacque** | Anatomie. |
| **Joyeux** | Parasitologie. |
| **Labbé (Henri)** | Chimie biologique. |
| **Lardennois** | Pathologie chirurgicale. |
| **Le Lorier** | Obstétrique. |
| **Lemaitre** | Oto-rhino-laryngologie. |
| **Lévy-Solal** | Obstétrique. |
| **Lhermitte** | Pathologie mentale. |
| **Lian** | Pathologie médicale. |
| **Mathieu** | Pathologie chirurgicale. |
| **Metzger** | Obstétrique. |
| **Mocquot** | Pathologie chirurgicale. |
| **Mondor** | Pathologie chirurgicale. |
| **Moure** | Pathologie chirurgicale. |
| **Mulon** | Histologie. |
| **Philibert** | Bactériologie. |
| **Ribierre** | Pathologie médicale. |
| **Richet Fils** | Physiologie. |
| **Tanon** | Pathologie médicale. |
| **Vaudescal** | Obstétrique. |
| **Verne** | Histologie. |
| **Villaret** | Pathologie médicale. |
| **Velter** | Ophtalmologie. |

## III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

### pour le service des examens

| MM. | |
|---|---|
| **Gougerot** | Pathologie médicale. |
| **Guéniot** | Obstétrique. |

| | |
|---|---|
| **M. Retterer** | Histologie. |

## IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

### à titre personnel

| MM. | | MM. | |
|---|---|---|---|
| **Auvray** | Clinique chirurgicale. | **Léri** | Clinique médicale. |
| **Chevassu** | Clinique chirurgicale. | **Lœper** | Clinique médicale. |
| **Laignel-Lavastine** | Clinique médicale. | **Proust** | Clinique chirurgicale. |
| **Lereboullet** | Clinique médicale infantile. | **Schwartz** | Clinique chirurgicale. |

## V. — CHARGÉS DE COURS

| | |
|---|---|
| **MM. Mauclaire,** agrégé | Chargé de cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes. |
| **Frey** | Stomatologie. |
| **Chailley-Bert** | Education physique. |
| **Ledoux-Lebard** | Radiologie clinique. |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A Monsieur le Professeur LEGUEU

*Pour l'honneur qu'il m'a fait de présider ma thèse.*

A mon Cher Maitre

Monsieur le Professeur agrégé HEITZ-BOYER

A la Mémoire de ma Mère et de mon Frère Louis

A ma Chère Famille

L'Urétrocystoscopie, pratiquée avec l'urétrocystoscope à irrigation et à vision par tube optique, est une méthode récente qui constitue un champ nouveau et particulièrement fécond en Urologie. Née avant la guerre avec l'instrument de Goldsmith, perfectionnée ensuite en Amérique par Buerger, puis Mac Carthy, elle nous paraît avec l'instrument d'Heitz-Boyer avoir atteint un perfectionnement qui aussi bien comme appareil d'exploration que comme appareil de traitement (en l'associant alors avec la Haute Fréquence), permet de découvrir et de guérir des lésions jusque-là mystérieuses comme diagnostic et rebelles aux thérapeutiques employées jusqu'alors.

Nous avons pensé, ayant pu constater les résultats obtenus par notre maître Heitz-Boyer avec sa double instrumentation personnelle optique et électrique, en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous décrirons en détail l'Instrumentation, en en montrant les particularités avec les avantages qui en résultent pour la réalisation de cette exploration dont l'emploi va se multiplier de plus en plus : nous insisterons également sur la technique générale du mode opératoire à employer. Enfin, après avoir exposé rapidement les résultats dans leur ensemble, nous décrirons plus particulièrement ceux que donne l'urétrocystoscopie dans ces lésions inflammatoires du col vésical et de l'urètre postérieur, à tendance essentiellement néoformante, qui sont la cause de beaucoup de cystites chroniques rebelles et qui constituent un chapitre nouveau et particulièrement important de l'Urologie en rapport avec le Syndrome Entéro-rénal.

# INSTRUMENTATION

Nous ne ferons pas d'Historique détaillée.

Déjà depuis longtemps, on avait pu avec un simple tube urétroscopique à air (à condition qu'il soit pour l'homme suffisamment long), explorer l'urètre profond et le col vésical : tous ces instruments à air et sans tube optique dérivent de l'instrument de Valentin, une petite lampe électrique venant éclairer le champ à explorer. Cette première variété avait pu déjà indiscutablement rendre de grands services mais la fréquence du saignement, la difficulté d'éviter tout écoulement d'urine dans le tube, l'exiguité du champ visuel, le fort calibre de l'instrument (48, 50, 54 Béniqué) surtout lorsqu'on voulait faire des manœuvres opératoires, en rendaient l'emploi difficultueux, pénible et aléatoire pour beaucoup de cas.

Aussi Goldsmith, en 1906, apporta-t-il une véritable révolution lorsqu'il créa son appareil avec vision optique et irrigation continue, permettant d'une part d'éviter les ennuis du saignement et d'autre part de distendre les parois du col et de l'urètre juxta-cervical : c'est même ce dernier point qui constitue vraiment le très grand progrès réalisé par lui et dont tous les urologues devront lui être toujours très reconnaissants.

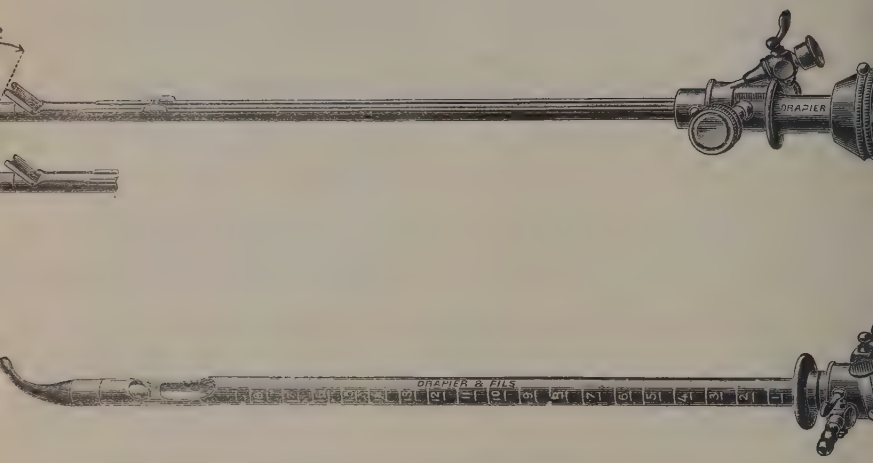
Seulement son optique ne permettait de voir qu'en bout, c'est-à-dire de n'avoir qu'une vision plus ou moins parallèle aux surfaces et non pas perpendiculaire à elles : autrement dit, il n'était pas possible de voir « de face » le veru montanum ou la marge du col. Aussi faut-il féliciter Buerger, qui en 1910 réalisa le premier en Amérique le système optique permettant de voir vraiment « de face » le Col Vésical et l'Urètre juxta-cervical, c'est-à-dire perpendiculairement à leur surface. Nous ne nous étendrons pas sur les détails optiques qui lui ont permis de réaliser ce très grand progrès : la

difficulté était, vu le faible écartement des parties à inspecter vis-à-vis de la lentille de vision, de garder une vision nette : c'est à Buerger qu'en revient le mérite. Mac Carthy ultérieurement apporta quelques perfectionnements.

Mais, même ce dernier instrument conservait encore certains inconvénients, que nous aurons plus loin l'occasion d'exposer, et c'est pour y remédier qu'Heitz-Boyer a créé en 1919 son instrument publié en 1921 (1), qui conserve le principe optique de Buerger, mais qui dans toutes ses autres parties constitue un instrument nouveau et dont nous allons essayer de montrer les avantages, que six ans d'emploi ont démontré être vraiment très grands.

---

(1) Heitz-Boyer. Nouvel Urétrocystoscope. *Bull. de la Soc. de Chir.*, 16 mars 1921, et Congrès français d'Urologie, octobre 1922.




URÉTROCYSTOCOPE D'HEITZ-BOYER

La figure Inférieure représente le tube extérieur destiné à recevoir l'optique et formant sonde d'introduction. Son extrémité terminale est constituée par une béquille souple en gomme, de forme olivaire ; d'autre part, la fenêtre de vision est double, permettant à l'optique d'explorer successivement les deux parois opposées sans avoir à tourner tout l'ensemble de l'instrument.

La figure Supérieure représente ce tube optique avec son onglet : l'optique supérieure (marquée à 90°) donne une vision presque perpendiculaire aux objets et en optique elle correspond à un angle d'à peu près +11°. La seconde optique donne une vision nettement oblique, de +45° à peu près. Enfin la troisième optique (seconde optique complémentaire et qui n'est pas représentée ici) donne également une vision oblique mais vision rétrograde, de — 30° à peu près.

# URETROCYSTOSCOPE D'HEITZ-BOYER

Il se compose essentiellement, comme les instruments de Buerger et de Mac Carthy, d'une partie extérieure formant sonde métallique en même temps qu'appareil d'éclairage, et d'une partie intérieure incluse dans la précédente et qui constitue l'appareil de vision.

A. — La partie extérieure, à la fois sonde d'introduction et tube d'éclairage, comporte d'abord, comme dans les appareils de Goldsmith et de Buerger, un système d'irrigation qui, semblable à celui de ces deux instruments, avec orifice d'entrée et orifice de sortie du liquide de lavage faisant aussi distension, est banal.

Les deux points originaux consistent 1° dans la partie terminale de ce tube extérieur destinée à pénétrer jusque dans la vessie, et 2° dans l'existence d'une fenêtre double destinée à permettre la vision par le tube optique inclus.

1° La partie terminale de l'Urétrocystoscope était dans les deux appareils de Buerger et Mac Carthy constituée par une béquille métallique, béquille classique coudée et allongée du cystoscope pour l'instrument de Buerger, béquille beaucoup plus courte, effilée et recourbée en queue de hanneton pour celui de Mac Carthy. Or, du fait que cette terminaison métallique dans ces deux instruments est absolument rigide, il en résulte un traumatisme répété pour les parois du Col vésical et de l'Urètre, lesquelles ne peuvent comme lors d'une cystoscopie être écartées suffisamment à distance de l'instrument. Ce frottement plus ou moins répété se trouve douloureux pour le patient et susceptible de faire saigner son urètre.

Heitz-Boyer a résolu le problème d'une part en rendant

cette extrémité terminale flexible par l'adjonction d'une béquille en gomme élastique, et en la faisant suffisamment longue pour que *toujours* son extrémité libre puisse se trouver encore dans la cavité vésicale au cours des manœuvres dans l'urètre postérieur : même lorsque la fenêtre optique a été retirée jusque dans la région sus-montanale, le bout de la béquille en gomme affleure encore dans la cavité vésicale et n'est pas susceptible de traumatiser les parois du col et de l'urètre profond.

2° Le second perfectionnement consiste en ce que le tube extérieur porte une fenêtre de vision *double*, cela afin de permettre à l'extrémité optique du tube intérieur d'explorer aussi bien la paroi supérieure que la paroi inférieure, sans que l'opérateur ait besoin de faire tourner sur place ce tube extérieur d'un demi-tour dans l'urètre du malade, comme dans les autres instruments. L'avantage est déjà grand pour une simple exploration, car on épargne ainsi de faire mal au malade ; mais elle est encore plus grande lors des opérations endoscopiques où l'on empêche l'emmêlement et l'intrication des nombreux éléments qui viennent se brancher sur le pavillon de l'instrument et qui sont au nombre de quatre : la pince de lumière, le tuyau d'arrivée du liquide, le tuyau de départ du liquide, l'électrode à Haute Fréquence : aussi bien, avec les autres urétrocystoscopes se produisait-il, au bout de quelques minutes de l'acte opératoire, lequel porte d'habitude successivement sur les parois supérieure et inférieure, un enchevêtrement de l'électrode, du fil de lumière, des tuyaux d'eau, tel que les fils électriques entraient en contact fâcheux, que les tuyaux se trouvaient comprimés, gênant l'écoulement du liquide, tout cela arrivant à faire que la manœuvre s'en trouvait complètement arrêtée.

Avec l'instrument d'Heitz-Boyer, l'urétrocystoscope une fois en place, on n'a plus à mobiliser le tube extérieur, et il est possible, grâce à quelques petits déplacements latéraux à droite et à gauche, d'attaquer successivement toutes les parois malades en laissant immobile la partie de l'instrument en contact avec l'urètre.

Pour qui connaît les difficultés des opérations endoscopiques avec l'Urétrocystoscope, cette simplification est très précieuse.

B. — La partie intérieure ou *optique* a fait également l'objet d'une amélioration de la part d'Heitz-Boyer.

En effet, aussi bien dans le Goldsmith que dans le Buerger et le Mac Carthy, la vision optique était réalisée suivant un seul angle donné, cet angle étant de 11° à peu près, dans l'instrument de Buerger et Mac Carthy, c'est-à-dire qu'il donne une vision presque perpendiculaire aux objets à voir. Sans doute avec le Cystoscope il en est de même, mais on peut alors remédier à cette fixité de l'optique grâce aux mouvements de bascule très étendus du cystoscope, mouvements sur lesquels Marion et Heitz-Boyer ont tant insisté dans leur Traité de Cystoscopie et de Cathétérisme Urétéral et qui permettent de fouiller la paroi vésicale dans tous ses recoins, en explorant par exemple sur toutes ses faces les deux versants d'une corne trigonale, pour y découvrir un orifice urétéral difficile à voir. Avec l'Urétrocystoscope il est impossible de réaliser ces mouvements de bascule du fait de l'étroitesse de la cavité de l'urètre postérieur. Dès lors une série de lésions peuvent échapper à l'œil de l'explorateur, ou complètement, ou incomplètement, et Heitz-Boyer en a eu maintes fois la preuve, aussi bien au niveau du Col Vésical que des régions sus et sous-montanales. C'est pour y remédier qu'il a eu l'idée de réaliser en quelque sorte ces mouvements de bascule « au niveau même de l'optique », en créant deux nouvelles orientations du système optique » toutes deux obliques, l'une à +45°, l'autre à —30° (optique rétrograde) ; nous rappelons que la vision du Buerger et du Mac Carthy, étant de +11° à peu près, est intermédiaire aux deux optiques réalisées par Heitz-Boyer.

Grâce à ces deux nouveaux optiques, il est possible de voir tous les détails d'un véru montanum ou d'un col vésical, d'inspecter aussi bien leur versant supérieur que leur versant inférieur ; il est possible de découvrir la moindre caverne, la plus minime granulation existant dans une cavité prostatique ou dans un urètre de femme.

On pourra objecter que c'est là bien de la complication, particulièrement au point de vue du prix de l'instrument ; mais il ne faut pas oublier, comme l'enseigne inlassablement Heitz-Boyer, que l'*Urétrocystoscopie est très différente de la Cystoscopie*, et que *la moindre lésion au niveau du Col*

*ou de l'Urètre postérieur peut entraîner, même minime, même tout à fait minuscule, de gros désordres fonctionnels.* L'Urologiste, aussi bien lors de l'exploration que lors du traitement, ne doit pas laisser passer inaperçus le plus petit kyste, la plus petite granulation ; faute de cette méticulie, les résultats opératoires seront souvent décevants, et l'on peut prédire que lorsque les opérations urétro-cystoscopiques se diffuseront, elles donneront entre beaucoup de mains des désillusions thérapeutiques.

Heitz-Boyer insiste beaucoup sur ce point capital, et c'est parce qu'il en a constaté l'importance extrême qu'il a été amené à réaliser ses deux optiques supplémentaires, grâce auxquels plus aucun détail de la région cervicale ou juxta-cervicale ne peut plus échapper à l'œil de l'urologue consciencieux.

Pour être complet, il faudrait également parler d'un accessoire essentiel pour l'Urétrocystoscopie et que Heitz-Boyer a pu également réaliser avec certains avantages : c'est la *pince-statif* (1). Déjà cet accessoire est utile pour la Cystoscopie ; mais il est indispensable pour l'Urétrocystocopie, et particulièrement l'Urétrocystoscopie opératoire, où les manœuvres sont si souvent longues et demandent une précision extrême.

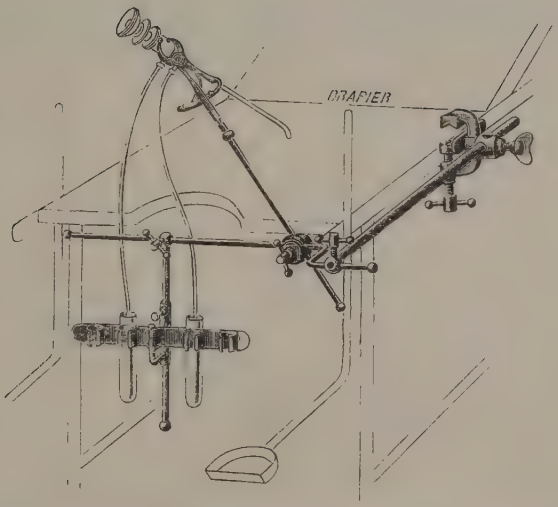
La pince-statif d'Heitz-Boyer est représentée ci-contre : sa partie la plus originale consiste dans la *pince à mors flexible* qui saisit le Cystoscope au niveau même du tube, en pouvant présenter vis-à-vis de celui-ci trois positions différentes :

— soit la position de simple soutien, les deux mors étant largement ouverts et le cystoscope reposant simplement sur l'un des deux ;

— soit de prise simple, les deux mors de la pince étant alors fermés suffisamment pour se rejoindre et rendre prisonnier à leur intérieur le tube cystoscopique, mais *sans le serrer ;*

— soit la position de *fixation-serrage*, les deux mors étant alors appliqués étroitement sur le tube cystoscopique, grâce

(1) Heitz-Boyer. Pince-Statif universel. Congrès Français d'Urologie, octobre 1921.




**PINCE-STATIF** tenant l'eudoscope au moyen d'une pince à crans, qui peut soit *soutenir* simplement l'urétrocystocope,, soit le *tenir enfermé* entre les deux mors, mais *sans le serrer*, — soit le *serrer en le bloquant* dans une position donnée. Cette pince est solidaire d'une tige, elle-même articulée avec une seconde tige qui est fixée à la table par un étau, — les deux tiges pouvant prendre l'une vis-à-vis de l'autre toutes les orientations possibles et pouvant être bloquées instantanément dans l'une quelconque des positions.

à une crémaillère qui, du fait de l'élasticité des mors, ne peut pas, à moins d'une grande brutalité, être offensante pour le tube cystoscopique.

Instantanément, l'Urologue peut, sans même qu'il ait besoin de quitter de l'œil le pavillon de l'instrument, passer de l'une à l'autre position au cours de la manœuvre.

Nous ne faisons que donner cette description rapide de cet instrument complémentaire, mais quasi indispensable pour tirer tout le fruit possible de l'exploration et du Traitement Urétrocystoscopique.

# MODE OPÉRATOIRE

Le mode d'emploi est dans ses grandes lignes celui de tout Urétrocystoscope, mais avec les avantages particuliers qui découlent des améliorations apportées par Heitz-Boyer dans l'instrumentation et qui ont été décrites plus haut.

Et d'abord nous répéterons qu'il faut procéder à toute exploration urétrocystoscopique avec une minutie extrême et en y mettant tout le temps nécessaire ; c'est une manœuvre qui est beaucoup plus longue et plus minutieuse qu'une Cystoscopie. Cela tient à ce que le Cystoscope évolue dans une large cavité, où il peut, grâce au recul suffisant, embrasser d'un coup toute une grande étendue de la paroi vésicale et en avoir une vue d'ensemble. D'autre part, grâce aux mouvements de bascule, la partie optique peut se rapprocher ou s'éloigner de la paroi, la voir sous des incidences très différentes et très variables et en dépister ainsi les moindres détails, — et très rapidement un urologue expérimenté peut être fixé sur l'existence ou non de lésions, et sur leur morphologie.

Avec l'Urétrocystoscope, rien de tout cela : c'est centimètre par centimètre qu'il faudra inspecter les parois du Col Vésical et de l'Urètre, et c'est successivement qu'il faudra le faire pour chacune des parois supérieure, et inférieure, droite et gauche. Pas de recul possible, ou si minime, — pas de mouvements de bascule étendus ; c'est seulement par des changements d'optique qu'on pourra voir sous les incidences variables nécessaires les différentes portions ou lésions à inspecter.

Dans ses différentes communications au Congrès d'Urologie, Heitz-Boyer a insisté sur ces points, et c'est précisément pour rendre plus faciles à exécuter et moins offensantes les deux grandes variétés de mouvements possibles dans toute urétrocystoscopie, c'est-à-dire mouvements d'enfoncements et de retrait de l'Urétrocystoscope d'une part ; mouvements de

rotation sur place d'autre part, c'est pour rendre plus aisée et moins douloureux ces mouvements *qui sont à répéter à de nombreuses reprises même dans les cas les plus simples*, qu'Heitz-Boyer a apporté ses deux grands perfectionnements :

pour les mouvements de pré et rétropulsion, adjonction de la béquille flexible en gomme et très allongée ;

pour les mouvements de rotation sur place, création de la double fenêtre.

En ce qui concerne d'autre part l'introduction de l'instrument, la béquille en gomme sera dans tous les cas très favorable (mais c'est surtout pour les examens chez les hypertrophiques de la Prostate, qu'elle donnera une sécurité sans prix).

Enfin, nous rappelons que les mouvements de bascule, si utiles, pour ne pas dire indispensables, dans une Cystoscopie, et qui sont quasi impossibles avec l'Urétrocystoscope, sont remplacés dans l'instrument d'Heitz-Boyer par les optiques complémentaires à incidence oblique.

L'Urologue ainsi équipé comme instrumentation, voici le schéma type d'une inspection Urétrocystoscopique :

*a*) Un premier point essentiel est de toujours procéder à une *anesthésie locale* rigoureuse, la plus complète possible. Pour cela, Heitz-Boyer recourt d'une part à un suppositoire anesthésique mis vingt minutes avant la manœuvre et dont voici la composition :

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de morphine ..... | 0.02 |
| Cocaïne ..... | 0.02 |
| Beurre de Cacao ..... | Q.S. |

D'autre part on pratique la cocaïnisation du Col vésical et de la cavité prostatique, et de l'urètre antérieur : pour cela, on commence par introduire une petite sonde jusque dans la vessie qu'on vide, et par laquelle on injecte près du col et dans la cavité prostatique 6 à 8 cc. de cocaïne à 4/100. On retire alors la sonde, et par le méat, on injecte la même quantité d'anesthésique à la même concentration, dans l'Urètre antérieur, qu'on bouche par la pince caoutchoutée de Gentile. De cette façon, on anesthésie dans le même laps de temps l'Urètre de bout en bout et le Col Vésical.

On attend dix minutes, et on introduit l'Urétrocystoscope, en général sans la moindre douleur.

*b*) Mais auparavant, il est encore un point sur lequel nous voudrions insister, qu'Heitz-Boyer a vu par sa déjà grande expérience être très important en pratique : il faut que le patient soit très confortablement installé pour cette manœuvre, *qui sera le plus souvent longue pour qu'elle soit fructueuse.* Et pour cela, il est indispensable que le patient ait les membres inférieurs soutenus, non par les porte-jambes habituels, mais par des *cuissards*, eux-mêmes supportés par des tiges orientables : c'est là un détail capital, car ainsi bien calé, le malade pourra supporter l'exploration, quelque prolongée qu'elle doive être.

*c*) L'instrument, avec sa lumière au point et garni de son mandrin, et lubréfié avec de la glycérine, est introduit comme un Cystoscope ordinaire : le passage de la portion périnéale et du sphincter membraneux est particulièrement facile et peu douloureux grâce à la béquille en gomme.

*d*) On a pénétré jusque dans la cavité vésicale et on vide la vessie, en retirant le mandrin. Pendant qu'elle se vide, on pose le pavillon de l'instrument sur la pince-statif, qu'on met dans la portion intermédiaire de « prise simple ». L'instrument ne pouvant plus remuer violemment, on équipe les tubes d'irrigation, celui d'entrée et celui de sortie ; puis on met la lumière électrique. Et alors, on ouvre les robinets pour l'irrigation, en les laissant d'abord tous les deux ouverts de façon à nettoyer un peu la vessie et le col ; on vérifie de l'œil ce nettoyage, et lorsqu'on le juge suffisant, on ferme le robinet de sortie : l'œil assiste alors à la distension progressive de la cavité vésicale qui permet au *Col* de se détacher peu à peu du reste de la vessie.

*e*) Ce col doit être inspecté sur ses quatre côtés : supérieur, latéraux droite et gauche, et inférieur ; et pour cette inspection cervico-vésicale on peut au besoin recourir à quelques mouvements de bascule, mais qui ne peuvent être que de peu d'amplitude. Nous rappelons d'autre part, que grâce à la double fenêtre, cette inspection totale peut être faite sans qu'il soit nécessaire de tourner tout l'ensemble de l'instrument sens dessus dessous, ainsi qu'on est obligé de le faire avec les autres urétrocystoscopes. En effet, l'optique étant

tourné en haut, on voit déjà toute la paroi supérieure, et il suffit d'un petit mouvement à gauche, puis à droite, pour voir la moitié supérieure de chacune de ces parois latérales. On tourne alors le tube optique intérieur à l'intérieur même du tube extérieur, et on peut voir ainsi toute la paroi inférieure du col, plus la moitié inférieure des deux parois latérales droite et gauche. De la sorte, la totalité du pourtour du col aura pu être inspectée, sans que le malade ait rien senti et sans le moindre traumatisme ou irritation de son urètre.

*f*) L'inspection du Col une fois finie, on retire légèrement l'instrument vers le méat, et on vérifie l'URETRE JUXTA-CERVICAL. On inspecte successivement, et d'habitude en commençant par la paroi inférieure (donc tube optique tourné en bas) la région sus-montanale, le veru montanum, la région sous-montanale. Le plus souvent, il sera nécessaire pour cette paroi si importante de répéter cette inspection à une ou deux reprises, en pratiquant deux ou trois fois un mouvement de va et vient dans le sens longitudinal. — Et c'est ici qu'apparaîtra l'avantage de la béquille flexible terminale : on pourra en effet, grâce à elle, procéder à cette sorte de « ramonage de la cavité prostatique » sans provoquer d'habitude le moindre saignement, et cela du fait que l'extrémité de la béquille restera toujours dans la cavité vésicale, alors même que la fenêtre optique confine au sphincter membraneux : avec les autres Urétrocystoscopes, au contraire, la pointe de l'instrument râcle dans les mouvements de va et vient la paroi prostatique, s'accroche souvent à elle en la traumatisant et la fait saigner. Or, nous insistons sur ce que, pour qui a pratiqué beaucoup d'Urétrocystoscopie, cette sorte de ramonage de l'urètre profond, et surtout de l'urètre prostatique chez l'homme, est indispensable pour établir un diagnostic absolument complet.

La même manœuvre sera pratiquée pour la paroi supérieure, mais plus rapidement pour elle. Et comme pour le col vésical, on fera, aussi bien avec l'optique en dessus que l'optique en dessous, une véritable hémiinspection de la cavité urétrale, dont la totalité aura été explorée *sans toujours avoir à faire tourner l'Urétrocystoscope dans l'intérieur de l'Urètre.*

*g*) Enfin, dans un dernier temps, on retire l'Urétrocystoscope

progressivement vers le méat, et on en profitera pour inspecter l'Urètre antérieur dans sa partie profonde, puis dans sa portion pénienne, mais alors pour distendre la cavité urétrale il faut de la main gauche serrer légèrement les lèvres du méat, pour empêcher le liquide de distension de sortir.

Tel est le schéma d'une inspection Urétrocystoscopique avec l'instrument d'Heitz-Boyer ; mais naturellement on n'en retirera tout le profit possible que si on recourt également aux deux optiques complémentaires, à incidende différente. Cela est très facile : il suffira, une fois l'exploration du col et de l'urètre juxta-cervical faite avec une première optique, par exemple la classique à +11° de Mac Carthy, de changer l'optique pour recourir à une autre des trois optiques. D'ailleurs, en pratique, Heitz-Boyer est arrivé à n'utiliser le plus souvent que les deux optiques extrêmes, le +45° et le —30° : les images ainsi obtenues donnent aux lésions possibles un relief beaucoup plus grand, et en les collationnant et en les superposant, il n'est pas d'altération qui ne puisse être découverte et précisée.

* *

Naturellement des incidents peuvent rendre plus difficile l'exploration. Mais si l'on a réalisé une bonne anesthésie, si le patient est bien installé confortablement, ce ne sera pas la douleur qui gênera. Ce qui peut entraver la manœuvre, c'est le saignement : mais nous le répétons, il est exceptionnel avec l'instrument d'Heitz-Boyer et nous en avons dit les raisons.

L'exploration une fois terminée, Heitz-Boyer met par principe une *sonde à demeure*, sonde molle, très facilement supportée, et il garde le malade avec cette sonde pendant dix à douz heures. C'est là une précaution qui peut être superflue dans certains cas, mais qui d'avance enlève à cette manœuvre tout caractère douloureux post-opératoire, et cela est très important.

# DE QUELQUES RÉSULTATS DE L'URETROCYSTOSCOPIE

Nous allons maintenant envisager les renseignements que l'Urétrocystoscopie ainsi menée peut fournir à l'Urologiste : mais là nous serons obligés de nous limiter, car sans cela nous serions conduits à écrire tout un manuel d'Urétrocystoscopie.

En effet, dans un simple travail inaugural comme le nôtre, il nous est impossible d'envisager dans son ensemble les résultats vraiment sans prix que peut donner cette nouvelle méthode de l'Urétrocystoscopie pratiquée avec les instruments actuels, et en particulier l'instrument que nous avons décrit. Nous avons dit le soin très grand qu'il fallait apporter dans la technique, nous avons exposé en détail l'instrumentation nécessaire qui est certainement onéreuse et délicate, nous avons vu que cette exploration était longue et nécessitait pour éviter tout ennui une demi-hospitalisation du patient : tout cela est-il compensé par les résultats obtenus ? On peut répondre affirmativement : *l'Urétrocystoscopie est une méthode qui est irremplaçable dans toute une série de cas*, car elle seule permet de résoudre des diagnostics jusque-là impossibles et de guérir des affections jusqu'ici incurables. Il en est ainsi pour certaines Urétrites chroniques rebelles dont la cause persistante se trouve dans l'urètre postérieur ; il en est ainsi pour ces Cystites rebelles et récidivantes si fréquentes de la femme, et dont Heitz-Boyer a pu montrer la relation avec l'existence d'un Syndrome Entéro-Rénal souvent méconnu ; et chose capitale, ces deux sortes de lésions, qui constituent un chapitre considérable de l'Urologie, trouveront aussi leur guérison grâce à l'Urétrocystoscopie, qui seule pourra permettre de pratiquer leur « curettage électrique par la Haute Fréquence ».

Il faudrait encore parler de l'emploi de l'Urétrocystoscopie dans l'Hypertrophie de la Prostate, si utile aux yeux de notre maître Heitz-Boyer qui la pratique d'une façon régulière chez ses malades.

Et encore, dans combien d'autres cas, ce mode d'exploration sera-t-il utile comme élément diagnostic et curatif, telles par exemple les anciennes Prostatites abcédées avec existence de petites cavernes, dont Heitz-Boyer pratique également le curettage électrique ; tels ces Kystes du Veru montanum qu'il suffit de détruire pour faire disparaître des troubles fonctionnels graves...

Nous limiterons notre travail à l'étude de certaines *lésions inflammatoires du Col Vésical et de l'Urètre adjacent*, lésions le plus souvent *néoformantes*, quelquefois *abcédées*, rarement *ulcérées*.

Ces lésions existent chez l'homme et chez la femme, et Heitz-Boyer qui les a particulièrement étudiées et mises en lumière avec son instrument et qui en fait déjà l'objet de la thèse d'Arsac et de deux communications à l'Association française d'Urologie (1922-1923) les considère même comme plus fréquentes chez la femme. Le mécanisme en est d'ailleurs d'une façon générale différent dans les deux sexes : chez l'homme, ces lésions à tendance néoformante sont essentiellement d'origine vénérienne ; chez la femme elles reconnaissent le plus souvent leur cause dans une infection d'origine intestinale, relevant du Syndrome Entéro-Rénal. Sans doute, dans l'un et l'autre sexe il y a des cas mixtes. Chez l'homme en particulier, des lésions cervico-vésicales et prostatiques, dont l'origine première a dû être une infection gonococcique, se trouvent entretenues ensuite par une infection venue de l'intestin : pour reprendre une expression classique, le gonocoque a fait le lit du colibacille ou de l'entérocoque, et un Syndrome Entéro-Rénal ne s'est localisé et perpétué ensuite dans certaines prostates, que parce que le terrain avait été préparé par une blennorragie antérieure prolongée et intense. Chez la femme en revanche, les formes mixtes sont plus rares, les infections vénériennes retentissant peu sur l'Urètre et la Vessie féminines.

En ce qui concerne ces lésions du Col vésical et de l'urètre postérieur chez l'homme, nous renvoyons à la description qu'en a faite dans sa thèse Arsac : nous ne pouvions que répéter ce qu'il a dit.

Chez la femme, le sujet est plus nouveau, car Heitz-Boyer,

qui en avait fait le sujet de deux communications au Congrès d'Urologie de 1923 et de 1924, ne les a pas publiées intégralement. Ce sont ses idées que nous exposerons ici.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces lésions présentent une diversité *morphologique* extrême : mais les aspects si différents que l'on constate à l'Urétrocystoscopie constitueraient pour Heitz Boyer une même réponse à une cause d'irritation prolongée chronique, constituée le plus souvent par une élimination elle-même prolongée de microbes d'origine intestinale ; dans le plus grand nombre des cas, cette bactériurie sera accompagnée, au moins à un moment donné, d'une pyurie : mais quelquefois les urines semblent être demeurées toujours absolument claires et il y a eu seulement colibacillurie ou entérococciurie, restées latentes, méconnues durant des mois.

Parmi la diversité extrême d'aspects qui se présentent à l'Urétrocystoscope, il est possible d'établir quelques catégories : *polypeuse*, *kystique*, *œdémateuse*, *verruqueuse*, — enfin plus rarement *abcédée*, et plus rarement encore *ulcéreuse*. Il est remarquable d'ailleurs de constater que l'on peut chez une même malade rencontrer plus ou moins associées ces différentes variétés, ce qui prouve leur communauté d'origine.

*a*) La variété *polypeuse* est la plus fréquente : elle a dans ses différentes manifestations un caractère commun, c'est de rappeler l'aspect d'un bourgeon charnu rouge ou rose, et comme celui-ci, donnant l'impression d'un contenu non pas liquide, mais comme succulent. Toutes les formes sont possibles : ou arrondie, ou ovalaire, quelquefois lancéolée, assez souvent linguiforme ; parfois présentant une sorte de pointe, qui lorsqu'elle se branche sur une autre partie beaucoup plus large et arrondie rappelle un sein de femme.

Le plus souvent, ces néoformations polypeuses sont plus ou moins nettement pédiculées, mais avec un pédicule large, étalé, et quelquefois difficile à voir.

*b*) La seconde variété la plus fréquente est la variété *kystique*, qui revêt vraiment de très jolis aspects, et qui rappellent morphologiquement ceux de la variété polypeuse, c'est-à-dire que ces kystes peuvent être arrondis, ovoïdes, lancéolés, linguiformes : mais leur caractéristique est leur translucidité qui est particulièrement gracieuse à voir à l'éclairage de l'Urétrocystoscope.

Pour ces deux premières variétés, un détail particulièrement typique, et qui, d'après Heitz-Boyer, décidera de leur traitement lorsqu'on le constate, c'est la présence de *Vaisseaux* à leur intérieur : lorsque cet axe conjonctivo-vasculaire, qui peut être multiple, existe, c'est que la néoformation est définitivement constituée et organisée anatomiquement et qu'elle résistera à tous les traitements médicaux : il faudra les détruire chirurgicalement.

Ces deux premières variétés ont leur siège d'élection au niveau même du col vésical, et dans la région juxtacervicale. Mais on peut les rencontrer dans le reste de l'Urètre féminin, et particulièrement au méat.

*c*) La variété *œdémateuse* rappelle souvent l'œdème bulleux que l'on constate dans la cavité vésicale.

*d*) Plus caractéritique est la variété *verruqueuse*, constituée par une série de petites saillies rouges, peu élevées, irrégulières, formant tantôt comme une série de petits boutons rouges, tantôt de véritables traînées ; elles siègent rarement sur le col même, mais le plus souvent dans la région justacervicale de l'urètre.

*e*) L'existence d'*abcès plus ou moins saillants*, rappelant certains acnés suppurés de la peau, est plus rare ; ils peuvent coexister avec des lésions polypeuses ou kystiques. Ils siégeront souvent sur le versant vésical du col.

*f*) Enfin, la constatation d'*Ulcérations* est exceptionnelle, Heitz-Boyer ne l'a rencontré que deux fois.

Toutes ces lésions se voient merveilleusement à l'Urétrocystoscope, surtout lorsqu'on recourt aux deux optiques complémentaires d'Heitz-Boyer, qui permettent de les voir en relief et de les dépister. Elles déterminent dans la plupart des cas des phénomènes de Cystite rebelle, prolongée, procédant souvent par crises, même avec dans l'intervalle des crises un état d'irritabilité permanente de la vessie. Parfois d'ailleurs, même pendant les crises, la fréquence des mictions n'est pas particulièrement exagérée, mais il y a toujours des douleurs au moment de l'émission de l'urine et particulièrement à la fin.

Cet état vésical peut durer depuis des années, et être rebelle à tous les traitements classiques, disparaissant dans certains cas pour revenir subitement à l'occasion d'un voyage,

d'un excès alimentaire. Cet état de crises, avec menace toujours suspendue d'une exacerbation atrocement douloureuse, arrive à ébranler le système nerveux des patientes.

Les urines sont le plus souvent troubles avec pyurie et renferment des microbes, qui sont habituellement des colibacilles : mais elles peuvent être claires et absolument aseptiques et cette contradiction entre ces phénomènes d'irritation vésicale et l'absence de toute infection devra faire penser immédiatement à l'existence de ces végétations, de ces néoformations du col vésical et de l'urètre adjacent : une Urétrocystoscopie s'impose alors, qui le plus souvent donnera des résultats concluants, avec les aspects variablees décrits plus haut.

Dans quelques cas, c'est l'Hématurie qui prédomine comme symptôme, hématurie qui n'est jamais profonde, mais qui, par sa répétition, alarme les malades.

Le diagnostic de ces lésions néoformantes inflammatoires une fois ainsi posé grâce à l'Urétrocystoscopie, c'est encore l'Urétrocystoscopie qui en permettra la guérison, en réalisant le seul Traitement curatif de ces lésions, traitement qui, comme l'a montré Heitz-Boyer, est la destruction de ces néoformations par les étincelles de Haute Fréquence.

Nous n'entrerons pas dans le détail de ce traitement, qui doit maintenant devenir classique pour ces lésions du col vésical, comme il l'est devenu depuis une dizaine d'années déjà pour le traitement des tumeurs de la vessie à la suite de la communication d'Heitz-Boyer en 1910. En recourant à des étincelles seulement demi-chaudes ou presque froides, on ne courra aucun risque ni d'hémorragie, ni de rétrécissement ultérieur ; et en revanche, avec un peu d'habitude de la technique à la fois urétrocystoscopique et électrique, il sera possible d'obtenir des succès complets et définitifs. Nous ne pouvons nous étendre sur la technique de cette thérapeutique, qui doit d'ailleurs faire l'objet d'une autre thèse prochaine.

Parmi les nombreuses observations du Dr. Heitz-Boyer, nous rapportons trois observations particulièrement typiques, que nous avons suivies avec lui pendant ces derniers mois : elles montreront le parti que l'on pourra tirer de cet agent merveilleux d'exploration et de traitement qu'est l'Urétrocystoscopie.

# OBSERVATIONS

Obs. I. — Mme C. vient le 29 juin 1925 consulter le Dr Heitz-Boyer pour des crises de Cystite datant de six mois environ, récidivantes et atrocement douloureuses, qui l'on fait souffrir au point qu'elle veut à tout prix en éviter le retour.

Dans le passé de cette jeune femme de 24 ans, on retrouve à 17 ans une première poussée de cystite, pas très aiguë, mais ayant duré trois mois avec des interruptions. Jamais de sang. Un de nos collègues, par une série de lavages la soulage, puis la guérit.

Pendant les six années suivantes, plus aucun incident urinaire, lorsqu'en février 1925, éclate à nouveau une Cystite qui, en quelques jours, devient très violente. Un collègue consulté fait un prélèvement, trouve du colibacille et prescrit des lavages ; mais ces lavages sont atrocement douloureux, exagérant la souffrance et provoquant du sang, au point qu'elle les cesse et part à Cannes se reposer. Elle continue à souffrir très violemment, et ne peut résister que grâce à des suppositoires calmants, bi et même triquotidiens. A la longue cependant, la souffrance se calme, la crise diminue progressivement : il ne reste plus qu'une gêne continuelle au col vésical, qui énerve et agace la malade et la déprime profondément. Enfin, au milieu de juin, une esquisse de crise aiguë, venant se surajouter, a décidé la patiente à venir consulter le Dr Heitz-Boyer. Celui-ci trouve des urines très troubles et *très fétides*, il ne constate aucun des reins douloureux ou augmenté de volume, mais en palpant à gauche il trouve une zone paraombilicale, très douloureuse, longue de trois travers de doigt, large de deux, qui est soit l'Urètère, soit plutôt le Colon, d'autant que sa palpation prolongée provoque l'évacuation de gaz.

Cette dernière constatation, la notion du colibacille antérieurement trouvé, l'existence d'une constipation opiniâtre incitent Heitz-Boyer à penser à l'existence d'un Syndrome Entéro-Rénal, ayant déterminé ces deux crises de Cystite, la dernière prolongée et faisant soupçonner l'existence de néoformations inflammatoires du Col Vésical consécutives à ce Syndrome Entéro-Rénal méconnu et ancien.

Pour s'en assurer, une *Urétrocystoscopie* est pratiquée le 2 juillet 1925, complétée par un Cathétérisme Urétéral double.

L'Urétrocystoscopie confirme l'existence de deux formations polypeuses cervicales, ou plus exactement juxta-cervicales droites, avec une réaction inflammatoire de la partie suscervicale du trigone.

Le Cathétérisme Urétéral montre l'absence de toute dilatation, Rétention ou Infection au niveau des Reins ; même par les cultures il n'y a pas de microbes. En revanche, dans la vessie se trouvent du pus et de très nombreux leucocytes.

L'*Opération Urétrocystoscopique* est pratiquée en présence du Dr Abrami le 12 juillet, avec l'Urétrocystoscope d'Heitz-Boyer et son appareil à Haute Fréquence ; Fiches 3 et 4 seulement, c'est-à-dire Etincelles demi-chaudes et presque froides. Destruction des deux polypes et curettage général du Col avec des Etincelles presque froides en courant faible. Curettage aussi du Trigone. Lavage au nitrate d'argent.

Pas de douleurs : les suites sont très simples. A noter seulement que les urines restent sanglantes assez longtemps, et que ce sang persistera même après l'ablation de la sonde, qui a lieu le 20 juillet : il existait en effet à l'Urétrocystoscope une congestion très intense de toute la région urétro-cervicale et du trigone.

Deux nouveaux prélèvements faits les 23 et 28 juillet, montrent la disparition des colibacilles, disparition due sans doute au régime très sévère institué pendant tout le séjour à la Clinique, et à la régularisation des selles par de l'huile de ricin quotidienne.

Le Col reste encore sensible pendant plusieurs semaines, mais il n'y a plus du tout de Cystite, et la patiente est transformée localement et généralement : c'est ce que peut constater le Dr Heitz-Boyer le 16 octobre. Néanmoins la présence ce jour-là, à un prélèvement de très nombreux colibacilles sans pus, cette existence d'une colibacillurie lui prouve que l'état intestinal est encore défectueux, et en effet le régime intestinal n'a plus été suivi, et la caractérisation du tube digestif n'a pas été faite. On insiste beaucoup auprès de la patiente sur la nécessité de faire l'un et l'autre ; sans cela, elle sera toujours sous la menace de nouvelles crises de Cystite, tant qu'elle conservera son Syndrome Entéro-Rénal à forme intermittente mais tenace. Et en effet, quinze jours plus tard se produit une soi-disant grippe, en réalité infection intestinale, avec réaction vésicale suraiguë et présence dans le prélèvement aseptique de l'urine (redevenue très fétide) d'Entérocoques cette fois : il y a donc un *retentissement urinaire d'une nouvelle poussée d'infection intestinale*. Cette fois la patiente se décide à aller consulter l'Entérologue, qui trouve une Typhlocolite légère avec fermentations et gaz abondants ; pas de spasme nette nulle part ; pas de retard du transit ; Coecum volumineux et ptose du transverse à droite. Le diagnostic de Syndrome Entéro-Rénal est donc pleinement confirmé.

Le 30 décembre 1925, à la suite d'un écart de régime, nouvelle poussée d'infection urinaire, avec urines très troubles et très fétides, et crise de Cystite forte, mais beaucoup moins douloureuse que celles d'avant l'opération. Le prélèvement d'urine montre de très nombreux leucocytes et colibacilles ! Elle a donc fait une *nouvelle poussée de Syndrome Entéro-Rénal*. Quelques lavages font tout rentrer dans l'ordre, le 15 janvier, plus de douleurs, plus d'odeur dans les urines qui sont absolument claires, sans pus et sans microbes. . . . .

Etat excellent pendant 15 jours ; puis à la suite d'un essai de culture physique trop violent, avec deux séances de massage brutal du ventre, petite poussée de Cystite se traduisant, le 17 février, par d'assez nombreux leucocytes peu altérés avec nombreux colibacilles ;

mais c'est là un simple feu de paille, car le 19 février, à un second lavage, les urines sont redevenues claires : il n'y a plus que quelques leucocytes et les colibacilles ont disparu, même à la culture.

Depuis, la patiente continue très scrupuleusement à suivre son traitement intestinal, et la constipation a complètement disparu, l'état général et local s'est maintenu parfait : après les vacances de Pâques, en revenant d'Arcachon en automobile, elle a la joie, elle qui avait dû cesser tout déplacement avec ce mode de locomotion, de pouvoir faire le voyage d'une seule traite, et sans la moindre douleur, ni même irritation du côté urinaire.

En Juin, cet état de *guérison complète* se maintenait, avec transformation de l'état général.

Cette observation que nous avons relatée en détail et qui est reproduite à de multiples exemplaires parmi les cas vus par Heitz-Boyer, est tout à fait typique de ces lésions du Col Vésical relevant comme cause du Syndrome Entéro-Rénal et comme diagnostic et traitement de l'Urétrocystoscopie.

Au point de vue clinique : poussées de Cystite rebelle, récidivantes, très douloureuses, non calmées par les lavages vésicaux, et même exaspérées de ce fait ; persistance dans l'intervalle des crises de Cystite d'un état d'irritation vésicale très désagréable et essentiellement déprimant ; notion dans le passé d'une autre poussée de Cystite, indiquant l'existence d'une élimination déjà ancienne de colibacilles ou d'entérocoques ; enfin, à l'interrogatoire, constatation d'un état intestinal défectueux, se manifestant ici par une constipation opiniâtre durant depuis des années.

En présence de ce tableau clinique si fréquent et si typique, on doit recourir doublembent à l'Urétrocystoscopie, comme moyen d'exploration et comme moyen de traitement, et cette observation montre que dans ce cas-là comme dans tant d'autres, cette double intervention a eu un résultat souverain.

En effet, au point de vue du Diagnostic, l'Urétrocystoscopie a pu établir l'existence de végétations du Col, de ces lésions inflammatoires néoformantes, revêtant ici la forme polypeuse, et qui expliquaient le caractère rebelle de la Cystite, ainsi que l'absence d'action sur elle du traitement classique par les lavages vésicaux, lesquels avaient même exaspéré les troubles.

Et au point de vue Traitement, c'est encore l'Urétrocystoscopie qui a pu seule amener la guérison, en permettant par un curettage électrique à la Haute Fréquence de détruire ces végétations, cause du caractère rebelle de la Cystite.

Naturellement, il faut à cette thérapeutique instrumentale et chirurgicale, associer le traitement de la cause première de ces lésions du col vésical, c'est-à-dire le traitement basal du Syndrome Entéro-Rénal : il faut absolument supprimer le mauvais état intestinal, point de départ de tous les accidents. Cette observation est typique à ce point de vue, car, même les lésions du Col et de l'Urètre une fois détruites urétrocystoscopiquement, il y a eu encore une série de petites poussées de Cystite en rapport avec de nouvelles poussées d'élimination de Colibacilles et qui, si la patiente n'en avait été prévenue d'avance, auraient fait douter de l'efficacité du traitement chirurgical appliqué. La guérison complète n'a pu être obtenue que lorsqu'un diagnostic exact de l'état digestif a été posé et qu'un traitement adéquat a été appliqué pendant un temps suffisant.

*
* *

Parmi tant d'autres observations d'Heitz-Boyer, dans lesquelles on retrouve les mêmes caractères généraux, au point qu'on les croirait calquées les unes sur les autres, nous en rapporterons deux autres auxquelles nous avons également assisté et qui présentent un aspect particulier, l'une par suite de la simplicité de l'évolution post-opératoire et de la rapidité de la guérison, l'autre par l'existence d'Hématuries assez abondantes.

Obs. II. — Au début d'octobre 1925, le Dr Heitz-Boyer est appelé par le Dr Joltrain auprès d'une cliente pour des troubles de Cystite très aigus, survenus tout récemment, avec présence de Colibacilles très nombreux. Le Dr Joltrain a posé le diagnostic de Syndrome Entéro-Rénal, et même, étant au courant par des conversations avec le Dr Heitz-Boyer de ces lésions néoformantes du Col Vésical, il a pensé de lui-même à leur existence, et il y a pensé par suite du symptôme très particulier suivant : alors que les mictions sont extrêmement douloureuses et pénibles, elles ne sont pas augmentées de fréquence, il n'existe pas de pollakiurie. Le Dr Heitz-Boyer ne peut que confirmer le diagnostic du Dr Joltrain, les symptômes d'un mauvais état intestinal étant manifestes.

Une Urétrocystoscopie est décidée et pratiquée le 27 octobre avec l'instrument d'Heitz-Boyer, en même temps qu'un Cathétérisme Urétéral double. Celui-ci montre l'absence de tout microbe et tout leucocyte dans l'un et l'autre rein : l'infection est donc cantonnée, au moins pour le moment, dans la vessie, où il y a de nombreux leucocytes peu altérés avec d'assez nombreux colibacilles. D'autre part, l'Urétrocystoscope montre des lésions néoformantes intenses du Col Vésical et de l'Urètre juxtacervical, ces lésions sont polymorphes. En haut et à droite, à gauche au milieu, il y a des formations *polypeuses* multiples, extrêmement allongées et fines, en forme de vers de terre : en haut et à droite, il y en a quatre, côte à côte ; au milieu et à gauche, il y en a une isolée. Celle-ci recouvre à sa base un *Kyste* arrondi, pas très volumineux. Enfin, sur toute la partie initiale de l'urètre se trouvent des saillies rouges, *verruqueuses*, qui en occupent tout le pourtour, formant par endroits des traînées, par d'autres de simples taches. C'est un cas typique d'association et de coexistence de ces différentes lésions inflammatoires néoformantes, décrites plus haut, en rapport avec une irritation chronique.

L'*Etincelage de Haute Fréquence* est pratiqué deux jours après avec l'appareil d'Heitz-Boyer et sous anesthésie au Protoxyde d'azote. La destruction est faite aisément avec les fiches 3 et 4 : Etincelles demi-chaudes et froides. Sur tout le pourtour du Col, un curetage électrique complet est pratiqué. Sonde à demeure laissée pendant douze jours, la malade elle-même préférant la garder, tant elle redoute de voir se reproduire des douleurs à la miction. Aucun incident, pas de sang, aucune souffrance, pas de température.

La sonde enlevée, l'état est presque parfait d'emblée. Un régime intestinal étant suivi depuis trois semaines, les urines se sont tout à fait éclaircies. Il n'y a plus de pus, ni de colibacille.

Vers le 25 novembre, elle a 48 heures d'irritation vésicale, sans élimination de colibacilles ; cette irritation cesse après un seul lavage au nitrate d'argent.

Revue le 23 décembre, elle continue à être en parfait état ; et elle l'est encore le 21 avril 1926, avec un état local et général absolument transformé. Elle suit rigoureusement son régime intestinal.

Cette observation a été choisie pour montrer un cas plus simple que le précédent, et ayant évolué sans incident après l'acte opératoire ; il est bien démonstratif également des services que peut rendre l'Urétrocystoscopie comme moyen de diagnostic et de traitement.

Voici un cas un peu différent où les troubles qui avaient attiré l'attention consistaient essentiellement en des phénomènes d'Hématurie, sans grands troubles de cystite.

Obs. III. — Le 16 juillet 1925, le Dr Heitz-Boyer est appelé par le Dr

Rostaine auprès d'une de ses clientes qui vient d'avoir, à trois semaines d'intervalle, deux hématuries. La première a eu lieu le 25 juin, pendant la nuit, précédée de mictions fréquentes et douloureuses; l'hématurie dure 48 heures, l'urine redevient ensuite claire. La deuxième hématurie s'est produite le 13 juillet, absolument comme la première, ayant persisté également 48 heures.

L'état intestinal est absolument déplorable : il existe une constipation opiniâtre depuis toujours, et la malade a toujours aimé la bonne chère. Un examen de laboratoire a montré la présence de leucocytes nombreux avec quelques hématies, et celle de nombreux Colibacilles avec quelques staphylocoques. Cet examen est confirmé par une prise aseptique faite dans la vessie le 16 juillet, mais on ne trouve que du Colibacille.

Le diagnostic de Syndrome Entéro-Rénal est posé, avec présomption de l'existence de lésions Néoformantes du col, causes de l'hématurie. Pour le vérifier, on propose une *Urétrocystoscopie*, qui est pratiquée en présence du Dr Rostaine le 23 juillet, et qui confirme pleinement l'hypothèse émise. En haut et à droite, fait saillie un ensemble de trois polypes : un premier non pédiculé, arrondi, déforme le col, et de sa convexité près de sa base se détachent deux longs polypes linguiformes, pendant dans la cavité cervicovésicale ; l'un d'eux est très rouge, fortement vascularisé et doit être le siège de l'hématurie. Au pôle juste opposé du col vésical, quatre polypes linguiformes, beaucoup plus petits partant de la région juxtacervicale. Formation verruqueuse à la partie postérieure du col.

La patiente ne présentant pas de phénomènes douloureux, l'hématurie étant intermittente et les vacances étant proches, on différe l'intervention ; mais on recommande un régime intestinal. Les vacances se passent à peu près bien, avec une petite hématurie, qui décide la malade à consulter l'Entérologue. Celui-ci trouve des lésions très nettes : ptose de l'estomac, du coecum et du colon droit. Bonne évacuation du grêle, mais stase très forte du coecum. Putréfactions intenses. Pas d'insuffisance secrétoire.

Une nouvelle hématurie se produisant, la malade se décide à l'intervention.

*Opération Urétrocystoscopique* le 7 février 1926, en présence du Dr Rostaine. Anesthésie au Protoxyde d'azote. Urétrocystoscope et appareil à Haute Fréquence d'Heitz-Boyer. Technique très simple, avec les fiches 3 et 4, qui suffisent (Etincelles demi-chaudes et froides). Il est inutile de pratiquer un curettage du col vésical qui, en dehors des lésions bien limitées signalées plus haut, est sain. Sonde à demeure laissée jusqu'au 23 février : il y a eu du sang dans les urines pendant 11 jours, jusqu'au 19. La patiente quitte la maison de santé le 2 mars en bon état.

Le 15 mars, la vessie est encore un peu sensible à la fin de la miction. Les urines sont beaucoup plus claires, et un prélèvement aseptique montre quelques leucocytes seulement, sans microbes. Au point

de vue intestinal, grande amélioration : beaucoup moins de gaz, ventre beaucoup moins ballonné, mais elle a toujours besoin de laxatifs. L'état général est déjà très modifié.

Au début de juin, il n'y a toujours eu plus la moindre hématurie ; les mictions sont absolument normales, les urines sont claires sans leucocytes ni microbes. Et comme état général, après six mois de régime, elle n'est plus reconnaissable.

Le succès obtenu par le Traitement Urétrocystoscopique associé au traitement médical est donc complet.

# CONCLUSIONS

I. — L'Utrétrocystoscopie est une méthode d'exploration qui doit être employée d'une façon systématique dans toute lésion présumée de l'urètre postérieur ou du col vésical.

II. — L'Urétrocystoscopie avec tube optique et à irrigation sous pression est de beaucoup préférable, et elle est particulièrement facile et fructueuse avec l'instrument d'Heitz-Boyer, grâce à sa double fenêtre de vision, à sa béquille terminale flexible et à l'existence de ses deux optiques complémentaires à vision oblique.

III. — En recourant à ce mode d'exploration, on pourra reconnaître et préciser toute une série de lésions du Col Vésical et de l'Urètre adjacent, et parmi celles-ci des lésions néoformantes, d'origine inflammatoire, en rapport le plus souvent chez l'homme avec une infection vénérienne, chez la femme avec une infection intestinale relevant du Syndrome Entéro-Rénal.

IV. — Ces lésions néoformantes, qui sont la cause de beaucoup de Cystites rebelles et récidivantes, particulièrement chez la femme, peuvent être guéries facilement grâce encore à l'Urétrocystoscopie, qui seule permet de mettre en œuvre le « Curettage électrique » par les Etincelles de Haute Fréquence.

Vu :
le Président de thèse
LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :
le Recteur de l'Académie de Paris
LAPIE.

Vu :
le Doyen de la Faculté de Médecine
ROGER.

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

1 Sarles